UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 27

LA SYPHILIS SANS CHANCRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

Robert-Gustave-Émile MESTRES

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux

Né à BESANÇON (Doubs), le 26 août 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur ..... *Président.*
CREYX, professeur .....
JOULIA, agrégé ..... *Juges.*
DERVILLÉE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 27

LA SYPHILIS SANS CHANCRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

Robert-Gustave-Émile MESTRES

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux

Né à BESANÇON (Doubs), le 26 août 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. PETGES, professeur ..... *Président.*
CREYX, professeur .....
JOULIA, agrégé ..... *Juges.*
DERVILLÉE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Clirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pa teriologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE — A MA MERE

Je leur dois tout : je leur dédie cette thèse en humble témoignage de grande reconnaissance et de profonde tendresse.

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRERE

A MON NEVEU — A MA NIECE

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Au Docteur P. LEONARD

Médecin du Dispensaire de salubrité de la Ville.

A Monsieur le Professeur agrégé JOULIA

Officier d'Académie.

Nous lui exprimons toute notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. PETGES

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin des Hôpitaux,
Vice-Président de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

LA
SYPHILIS SANS CHANCRE

INTRODUCTION

Nous avons observé à plusieurs reprises, alors que nous accomplissions notre stage d'externe dans le service de M. le Professeur agrégé Joulia, des prostituées se présentant, porteuses ou d'une roséole, ou de plaques muqueuses ou autres accidents secondaires spécifiques, chez lesquelles il nous était impossible de déceler la moindre trace de l'accident primitif, pas plus que de l'adénopathie satellite témoin. Nous nous sommes demandé si, contrairement à l'opinion classique, le chancre pouvait faire défaut, et nous avons recherché dans la littérature médicale les observations et les travaux se reportant à cette question : nous avons pu constater quelles ardentes discussions avait provoquées de tout temps la syphilis sans chancre. Il nous a paru alors intéressant d'entreprendre notre thèse inaugurale sur ce sujet.

Niée par les uns, affirmée par les autres, des concessions avaient dû cependant être faites à l'existence de la syphilis sans chancre, dans les cas particuliers de la syphilis conceptionnelle — syphilis décapitée de Fournier — et de la syphilis par inoculation intraveineuse. Il semble, de plus, arbitraire à beaucoup de syphiligraphes de séparer la syphilis du groupe des maladies infectieuses, et, ainsi que le dit Audry dans le

Bruxelles médical de 1922 : « On cessera peut-être alors de s'étonner qu'un si grand nombre de complications n'apparaissent qu'au bout de bien des années, et sous des formes initiales aussi retardées et aussi inattendues qu'une cardio-vascularite plus ou moins chronique, si l'on veut bien réintégrer la syphilis dans le cadre commun à toutes les grandes infections. Il suffit, pour y réussir, d'effacer de son histoire pathologique la nécessité de ce que nous appelons le chancre, et la période secondaire. »

Les récents travaux expérimentaux donnèrent des résultats probants en ce qui concerne la réalité de la syphilis sans chancre chez l'animal, notamment le lapin. Etant donnée la grande similitude existant entre la syphilis humaine et celle du lapin, on voit quelle est l'importance de ces expérimentations pour la pathogénie de la syphilis humaine et quels problèmes elles posent au point de vue biologique. Soulignons cependant dès à présent combien nous devons être prudent dans toute comparaison entre la syphilis humaine et celle des animaux de laboratoire; en effet, la syphilis expérimentale ne peut nous donner des renseignements qu'en ce qui concerne la syphilis primaire et secondaire, car nous ne trouvons pas de syphilis tertiaire et héréditaire chez l'animal. Il nous faut également signaler comme cause susceptible d'induire en erreur la maladie syphiloïde du lapin, également due à un spirochète.

Dans ce travail, après un court historique des travaux entrepris sur cette question jusqu'à ce jour, nous étudierons les difficultés de dépistage du chancre. La ville de Bordeaux étant une des premières villes pour la surveillance des prostituées, la minutie et le sérieux des examens étant prouvés par la statistique élevée des chancres du col et du vagin, publiée par M. le Professeur Joulia, il nous paraît y avoir là une base solide pour la réfutation à l'objection suivant laquelle la syphilis sans chancre n'existe que parce que l'accident primitif a passé inaperçu, et pourtant dans 16 p. 100 des cas celui-ci n'a pu être trouvé ! (Léonard.)

Nous ferons ensuite un exposé des travaux expérimentaux entrepris sur la syphilis inapparente, suivi d'une courte étude de chacun des faits cliniques qui peuvent faire conclure à l'existence de la syphilis sans chancre chez l'homme. Nous essayerons alors d'établir un parallèle entre la pathogénie de la syphilis asymptomatique de l'animal, et celle de la syphilis sans chancre en clinique humaine; nous terminerons enfin par quelques courtes conclusions.

Avant de commencer, nous exprimons toute notre profonde gratitude à M. le Professeur Joulia, pour ses conseils éclairés et la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Nous remercions également le Docteur Léonard de l'obligeance avec laquelle il nous a prêté ses documents.

Nous adressons nos plus respectueux remerciements à M. le Professeur Petges, pour avoir accepté de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'axiome de Ricord, défendu comme un dogme par Fournier, suivant lequel « la syphilis débute toujours par un chancre, il n'y a pas de syphilis sans chancre », date de 1838. Vidal, le premier, en 1859, définissait ce qu'il appelle la syphilis d'emblée : « On appelle vérole d'emblée celle qui s'établit ainsi sans l'intermédiaire d'aucun accident dit primitif. » Il admettait, contrairement à l'opinion de Ricord, qui pensait qu'une déchirure des tissus était nécessaire, que le virus appliqué sur une peau saine pouvait être absorbé par les lymphatiques sans qu'il y ait de lésions des tissus, à condition qu'il se produisît un frottement favorisant l'absorption, frottement analogue à celui qui a lieu lors du coït normal. Dans ce cas, les tissus restent intacts, le chancre ne se produit pas et on a une syphilis d'emblée. Diday émet également cette opinion.

De Linera, en 1874, rapporte, dans le *Lyon médical*, une observation de plaques muqueuses non précédées de chancre; il explique la syphilis d'emblée de cette façon : « Le chancre est non pas la porte d'entrée de la syphilis, mais la première manifestation de cette maladie déjà en possession de l'organisme. Il n'y a dans aucune maladie de symptôme nécessairement constant. Dès lors on peut concevoir des syphilis sans accident primitif au même titre que tout le monde admet des syphilis sans accidents secondaires ou tertiaires. »

En 1894, Verchère, au Congrès international de Rome, rapporte trois cas de syphilis d'emblée. La même année, Cordier fait part à la Société française de dermatologie de deux cas de syphilis où le chancre initial fait défaut.

Mais Fournier n'admet pas cette absence de chancre, et, en 1898, il dit d'une façon catégorique, lors de ses cliniques faites à Lourcine sur le chancre syphilitique : « Presque toujours une syphilis d'emblée est une syphilis à chancre méconnu ou inaperçu du malade. »

L. Jullien cite, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie de Paris*, de 1901, deux cas de syphilis d'emblée, mais dans son ouvrage classique de traité pratique des maladies vénériennes il passe sous silence cette question.

W. Dubreuilh, au Congrès de Madrid de 1902, apporte une observation très démonstrative de syphilis d'emblée et inspire en 1903 la thèse de Cozanet sur ce sujet.

A l'étranger, la syphilis sans chancre avait aussi ses partisans. En Allemagne, Von Zeissl, dans son traité destiné à l'enseignement (5e édition, 1888), dit que les syphilitiques peuvent transmettre la syphilis à leurs femmes sans que l'on puisse trouver chez elles la lésion habituelle principale de la syphilis. Lang (1881) ne reconnaît comme syphilis d'emblée que la syphilis conceptionnelle. Mais en 1898, Julius Muller pose nettement la question; il compare la syphilis aux autres maladies : « Il existe, écrit-il, des cas de septicémie où la porte d'entrée de l'agent infectieux ne peut être retrouvée même sur le cadavre. Dans ces cas que l'on peut appeler septicémie d'emblée, ou bien la porte d'entrée est si cachée qu'elle ne peut être vue, ou bien une lésion insignifiante par où ont pénétré les microbes était déjà guérie quand ont éclaté les accidents généraux. Voilà ce qui peut être reporté mot pour mot aux syphilis d'emblée. »

En Angleterre, Hutchinson (1887) cite un cas où, en même temps qu'une gonorrhée, une syphilis éclate sans accident primaire, et il croit que le contage syphilitique a pu être absorbé directement par la muqueuse urétrale enflammée.

Marshall, dans *The Lancet* du 20 mai 1899, cite un cas où le malade observé dès le début a fait des accidents secondaires très nets sans avoir eu de chancre.

En Italie, Stassano (1897) compare, comme J. Muller, la syphilis aux autres maladies infectieuses.

La question de la syphilis sans chancre va subir alors le contrecoup des découvertes modernes : en 1903, celle de l'inoculation des produits syphilitiques au singe par Roux et Metchnikoff; en 1905, celle du tréponème pâle par Shaudinn et Hoffmann; en 1906, celle de la réaction de déviation du complément de Bordet-Gengou, appliquée à la syphilis par Wassermann.

En 1909, Ludwig Waelsh publie, dans *Muenchener medizinische Wochenschrift*, un article sur la syphilis d'emblée; il essaie de montrer que dans certains cas le chancre peut ne pas se développer, le virus étant déposé dans la profondeur des tissus ou passant directement dans le sang ou la lymphe. Il rapporte un certain nombre d'observations concernant particulièrement des médecins.

Nicolau, de Bucarest (1916), admet la syphilis d'emblée. Il pense que le spirochète, quoique suivant les voies normales, envahit directement les voies lymphatiques sans proliférer d'abord localement, cette particularité expliquant l'absence de syphilome; il s'appuie sur les recherches de Uhlenhuth et Mulzer (*Zur experimentelle Kaninchen und Affen-Syphilis, Berliner Klinische Woch.*, 1910, n° 4, 25), qui ont conféré l'infection syphilitique sans développement de syphilome primaire aux singes inférieurs, à la suite d'injections intraveineuses directes de virus.

Neisser (*Die experimentelle Syphilisforschung*, Berlin, 1906) obtiendrait le même résultat, quoique plus rarement, à la suite de l'inoculation sous-cutanée du virus (environ une fois sur soixante expériences).

Dans les *Annales dermatologiques et syphiligraphiques* de 1921, Audry et L. Chatellier donnèrent 5 observations de syphilis à début ganglionnaire. Dans l'impossibilité abso-

lue de déceler la moindre trace de l'accident primitif, ils admettaient l'existence d'un chancre imperceptible, microscopique, suffisant pour constituer une colonie et un centre d'imprégnation spirochétique.

Mais une notion nouvelle venait d'être introduite en pathologie générale par Nicolle et Lebailly lors de leurs travaux sur le typhus exanthématique : l'existence des maladies inapparentes. La syphilis pouvait-elle, elle aussi, revêtir la forme de syphilis inapparente ? c'est ce que de nombreux expérimentateurs allaient démontrer. Kolle et E. Evers, en 1926, inoculant le lapin d'un matériel virulent, constatent dans 10 p. 100 des cas l'absence de tout accident local au point d'inoculation, mais démontrent l'infection de l'animal en expérience par le passage de ses ganglions poplités à un animal neuf.

Prigge et Rothermundth, Hoffmann et Strumpel, Mātsumoto, Uhlenhuth et Grossmann, Mulzer, Perkel, Israëlson et Oretchkin continuent ces travaux. Gastinel et Pulvenis étudiant la pathogénie de cette syphilis asymptomatique montrent le rôle important des notions de quantité et de qualité du virus.

En clinique humaine, de nouvelles observations étaient communiquées. Citons les travaux de Morel, en 1929, sur la syphilis hématogène, et de Milian, en 1930, sur la syphilis sans chancre. Sainz de Aja établit une statistique suivant laquelle cette absence de chancre se produirait dans 10 p. 100 des cas. A Bordeaux, Léonard arrive à une proportion à peu près semblable : 16 p. 100, En juin 1936, à la réunion annuelle de la filiale de la Société de dermatologie de Strasbourg, le Professeur Pautrier mit à l'ordre du jour la question de la syphilis expérimentale. Les résultats de nouveaux travaux sur la syphilis inapparente furent communiqués, et tous concordaient avec ceux déjà acquis.

La difficulté du dépistage de la syphilis primaire a toujours retenu l'attention de nos maîtres bordelais, qui ont inspiré en particulier les thèses de Cozanet (1903), sur la

syphilis d'emblée; de Bossert (1920) sur le chancre mixte; de Delinotte (1920), sur la fréquence des chancres syphilitiques extragénitaux; de Rivolaen (1922); de Blazy (1930) et d'Arnaud (1932), sur les chancres syphilitiques du vagin et du col utérin.

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS SUR LES DIFFICULTES DU DEPISTAGE DE LA SYPHILIS PRIMAIRE

Un syphilitique avoue difficilement sa maladie et surtout son origine acquise : *syphiliticus mendax*, et, chose curieuse à constater, ce fait se produit tout particulièrement dans la classe aisée, où le niveau intellectuel est en général plus relevé : ne voit-on pas des médecins nier le chancre comme de vulgaires malades !

Il nous faut cependant reconnaître combien grandes sont parfois les difficultés pour déceler le siège de l'accident primitif. La lésion peut d'abord être méconnue, chose fréquente dans le cas du chancre mixte : association de la chancrelle et du chancre syphilitique, surtout lorsque le chancre mixte pendant toute sa durée garde la physionomie de chancre mou. Et quand il s'agit de chancre extragénital, combien de fois pense-t-on à la syphilis ? Milian, dans le *Paris médical* d'avril 1930, cite le cas d'un médecin étranger, spécialisé en syphiligraphie, dont l'accident primitif fut pris pour un panaris péri-unguéal et, comme tel, incisé.

Le chancre peut facilement aussi passer inaperçu. Chez l'homme, seront dans ce cas les accidents primitifs localisés au méat, à la fosse naviculaire, au frein, à l'anus. Nicolau, dans les *Annales* de 1916, après nous avoir détaillé l'observation d'un médecin, soulève l'hypothèse d'un chancre stomacal, l'infection ayant pu être réalisée par le hasard d'une contamination médiate : boisson, etc. (?).

Mais à quelles difficultés ne se heurte-t-on pas chez la

femme, où la disposition des organes génitaux se prête à cacher avec facilité l'accident initial ! Fournier estimait que le chancre demeurait ignoré dans la proportion de 30 p. 100 chez la femme et de 11 p. 100 seulement chez l'homme. A Bordeaux, où, comme nous l'avons déjà dit, le contrôle est cependant extrêmement sévère, ces chiffres constituent pour M. le Professeur Joulia un minimum : « Nous pouvons dire, écrit-il, que, du moins à Bordeaux, les femmes mères de famille, ouvrières, employées, certaines d'entre elles se livrant plus ou moins à la prostitution clandestine, viennent au dispensaire en période florido dans la proportion de près de 75 p. 100 (74,3 p. 100), proportion qui atteint encore le chiffre considérable de 42,8 p. 100 pour les prostituées officielles. »

On peut expliquer cela par la fréquence des accidents primitifs discrètement cachés par une caroncule, ou siégeant profondément sur le col utérin, voire même dans les replis du vagin.

Jusqu'en 1920 les chancres du col et du vagin avaient la réputation d'être d'une grande rareté. Fournier n'estimait la fréquence de ces chancres qu'à 5 p. 100. M. le Professeur Joulia établit à Bordeaux une statistique des chancres du col et du vagin portant sur huit années (1927-1935); elle compte sur 80 chancres syphilitiques génitaux ou extra-génitaux :

31 primitifs du col, soit 38,75 p. 100;
9 primitifs du vagin, soit 11,25 p. 100,

soit un total de 40, ce qui constitue une proportion de 50 p. 100. Cette statistique est proche de celle du Docteur Laurent, de Saint-Etienne, qui, lui, donne une proportion de 54 p. 100. « Donc, contrairement à l'opinion classique, les chancres du col et du vagin se montrent aussi fréquents que les accidents primitifs comptés en général. Il faut admettre que si ces accidents sont rares, c'est qu'ils passent le plus souvent inaperçus. » (Joulia.)

C'est également l'opinion de Blazy, qui, dans sa thèse inspirée par M. le Professeur Joulia, écrit : « La syphilis primaire du col utérin n'attire nullement l'attention de la malade; elle n'est pas douloureuse, ne secrète pas de pus, ne saigne pas. C'est une découverte fortuite au cours d'un examen au spéculum, et même, dans ces conditions pour ainsi dire optima, le chancre peut passer inaperçu. »

Dora Fuschs (*Deutsch. Med. Voch.*, oct. 1920, p. 1165), en recherchant l'accident primitif de 21 femmes atteintes de syphilis secondaire évolutive, a montré que 16 cas de localisation primitive endocervicale avaient passé inaperçu.

Ajoutons que l'adénopathie est inconstante dans les chancres du vagin; elle manque dans la proportion de une fois sur deux lorsque les accidents sont situés sur la moitié postérieure; il en est de même pour les chancres du col, où l'adénopathie n'existe que dans la moitié des cas. Blazy, dans sa thèse, nous en donne les raisons anatomiques.

Malgré ces recherches minutieuses, il arrive fréquemment que des malades chez lesquels il est impossible de déceler quoi que ce soit se rapportant à une lésion primitive, soit comme reliquat cicatriciel, soit dans l'anamnèse, se présentent porteurs d'accidents secondaires ou tertiaires indéniables, ou sont uniquement pourvus d'une sérologie positive, ou se font examiner simplement parce qu'ils sont l'objet de plaintes en contaminations. Quelle est la proportion de ces cas ? Léonard établit la statistique suivante, intéressant les femmes soumises au contrôle du Dispensaire de Salubrité de la Ville de Bordeaux depuis 1931, date à laquelle chaque femme fut dotée d'une fiche médicale.

« Notre statistique, écrit-il, porte sur 1.500 fiches; nous trouvons sur ce nombre 494 femmes atteintes de syphilis, soit plus de 30 p. 100. Parmi elles, un certain nombre ont déjà été dépistées et traitées dans d'autres villes, soit 209. D'autres ont été dépistées à Bordeaux antérieurement à l'établissement de nos fiches médicales, et il nous est impossible d'avoir des renseignements précis concernant le mode de

début de leur maladie. Il s'en trouve 76 dans ce cas. Nous ne tiendrons pas compte non plus de celles dépistées, dès leur arrivée, soit par un B.-W. positif, soit par des accidents. Leur chiffre est de 123. Il en reste donc 86 venues indemnes de syphilis à Bordeaux ayant au moins 2 B.-W. négatifs après leur arrivée et qui, par conséquent, ont commencé leur syphilis alors qu'elles étaient sous notre contrôle depuis plus de deux mois déjà. Sur ces 86 syphilis débutantes, 14 fois, soit dans 16 p. 100 des cas il a été impossible de déceler le chancre. Le diagnostic a été fait soit par une explosion secondaire, soit par la sérologie. Que conclure de ces chiffres, sinon, tout d'abord, qu'ils ne sont pas absolus. Mais tels qu'ils sont, et en tenant compte des chancres ayant pu passer inaperçus, ils restent impressionnants et concorderaient assez bien avec la statistique de Sainz de Aja, qui, lui, estime à 10 p. 100 la proportion de syphilis sans chancre. »

CHAPITRE III

LA SYPHILIS INAPPARENTE EXPERIMENTALE

Expérimentalement, on est arrivé à démontrer l'existence de la syphilis sans chancre.

En 1926, Kolle et Elsa Evers introduisent pour la première fois la notion de syphilis asymptomatique, et, sous cette appellation, ils entendent les cas « où, aucune lésion ne s'étant produite au siège d'entrée du virus, l'animal est néammoins infecté, ainsi que l'affirme le passage de ses ganglions à un animal neuf ». En effet, un certain nombre d'animaux ne donnent aucune réponse clinique à l'insertion d'un matériel virulent : 10 p. 100 environ; Kolle prouva que beaucoup de ces lapins sans symptômes sont bien infectés en mettant en évidence le virus dans leurs ganglions jusqu'à deux cents jours après l'inoculation (Brown and Pearce, Chessney, Kemp); il suffit pour cela de transporter un fragment des ganglions inguinaux ou poplités sous le scrotum d'un lapin neuf, un chancre typique peut en résulter. Dans certains cas, cependant, aucun symptôme clinique ne sera observé, et il faudra des passages successifs de ganglions pour extérioriser l'infection ainsi transmise en série : la syphilis asymptomatique était découverte. Ces expériences furent reprises sous diverses modalités par Eberson, Worms, Reiter, Brown et Pearce, Gastinel et Pulvenis, et vérifiées même sur d'autres animaux : singe, cobaye, souris.

Une autre expérience de Kolle et Evers met en évidence également la syphilis asymptomatique : ils injectent du bismuth dans l'oreille d'un lapin et l'inoculent ensuite sous le scrotum avec du matériel virulent, aucune manifestation ne se produit, mais l'animal est atteint d'une syphilis inap-

parente, ainsi qu'en témoigne le résultat positif de l'insertion de ses ganglions à des lapins neufs; enfin l'excision du dépôt bismuthique est suivi de la survenue d'un chancre. Cette expérience peut se rapprocher de celle de Prigge et Rothermundth : ils inoculent les testicules d'un lapin et pratiquent leur excision quatre heures après. L'animal ne présente aucun accident visible, mais l'infection de ses ganglions fut constatée au cent quatre-vingt-dixième jour.

On utilisa d'autres voies d'inoculation : la voie intrarachidienne, par Hoffmann et Strempel; la voie intraveineuse, par Uhlenhuth et Grossmann, Kolle, Evers et Eberson, Matsumoto. Pour cette voie, quand on utilise une souche ne donnant habituellement que des manifestations localisées (chancre scrotal, orchite), l'introduction endoveineuse n'aboutit généralement qu'à la seule syphilis asymptomatique que permet de déceler la virulence des ganglions lymphatiques.

Rappelons également une expérience de Uhlenhuth et Grossmann, de Mulzer : par le simple dépôt de souches virulentes sur la muqueuse vaginale non scarifiée et absolument indemne d'une lapine, ils déterminent une syphilis inapparente.

Pour la souris, Kolle et Schlossberger ont établi que la réceptivité de cet animal à l'infection syphilitique se manifeste d'une façon occulte, cependant que les ganglions lymphatiques et le cerveau déterminent sous le scrotum des lapins un chancre spécifique. Comme le sang ne se révélait jamais virulent, les auteurs pensaient que la virulence du cerveau devait être attribuée à la pénétration des tréponèmes dans la substance cérébrale, mais Levaditi, Vaismann, Shœn, n'ont jamais pu réussir à déceler des spirochètes dans la substance cérébrale et la moelle. Devant ces résultats ils ont cru nécessaire d'invoquer l'hypothèse suivant laquelle, dans le système nerveux central, le virus syphilitique doit être présente sous une forme infravisible, forme dont ils admettent l'existence dans le cycle évolutif du *Treponema pallidum*.

CHAPITRE IV

LES SYPHILIS SANS CHANCRE

Les résultats expérimentaux sont probants quant à l'existence de la syphilis sans chancre chez l'animal. Avons-nous des faits cliniques positifs qui peuvent servir à la démonstration clinique de la syphilis sans chancre chez l'homme. Celle-ci s'observe dans les six circonstances différentes suivantes :

1° la syphilis conceptionnelle;
2° l'hérédo-syphilis;
3° l'inoculation veineuse périphérique;
4° après excision de la porte d'entrée;
5° après un traitement préventif;
6° l'entrée cutanée ou muqueuse sans effraction.

Avec Milian, nous emploierons le terme de syphilis sans chancre, de préférence à celui de syphilis d'emblée, « car ce dernier n'a pas de signification précise. D'emblée signifie, en effet, du premier coup : lorsqu'une syphilis débute par un chancre, elle est aussi bien syphilis d'emblée que lorsqu'elle commence par une roséole, c'est en tout cas un terme imprécis » (Milian). Nous emploierons également le terme de syphilis décapitée, dû à Fournier, qui est une bonne expression figurée. D'autre part, faisons de suite une distinction fondamentale entre la syphilis sans chancre et la syphilis inapparente (Léonard) :

« Dans le premier cas, la porte d'entrée reste invisible, c'est une syphilis décapitée, mais qui, ultérieurement, pourra

se révéler par des accidents secondaires ou tertiaires, qui, par l'adjonction d'une sérologie positive, pourra faire faire le diagnostic de l'affection.

» Dans le deuxième cas, il s'agit de syphilis totalement muettes, décelables uniquement par la sérologie ou des contaminations et destinées à rester muettes d'une façon définitive. Il faudrait pouvoir affirmer que le malade observé n'ayant pas eu jusqu'ici de manifestations apparentes secondaires ou tertiaires n'en fera pas tardivement, ce qui est impossible, le recul du temps faisant défaut. »

I. — *La syphilis conceptionnelle.*

Diday, en 1876, en parla pour la première fois, et Fournier y attacha son nom. Elle consiste dans ceci : il s'agit de femmes enceintes n'ayant jamais présenté d'accident primitif au moment de la conception, la sérologie devient positive et les accidents apparaissent dans les délais normaux.

Elles accouchent d'un enfant infecté présentant des accidents non douteux de syphilis héréditaire. Il est impossible de déceler chez ces femmes d'adénopathies inguinales. Fournier établit alors la doctrine suivante : la femme ainsi infectée et devenue syphilitique sans accident initial au contact d'un mari indemne de tout accident extérieur est une malade qui tient la syphilis non de son mari, mais de son enfant : elle est contaminée par le produit de la conception. De multiples objections ont été faites à cette théorie : notamment que les dimensions de la tête du spermatozoïde ne lui laissent guère de place pour un tréponème, d'autre part les formes sporulées de celui-ci prônées par quelques auteurs n'ont jamais pu être isolées.

Il est beaucoup plus rationnel d'admettre avec Carle que la femme étant si sujette à des contaminations frustes, la contamination ainsi réalisée est le résultat non de l'infection de la mère par le fœtus, mais de la mère par un accident fruste du mari, voire même par le sperme.

Citons cependant l'observation de Tzanck, donnée par Milian dans le *Paris médical* d'avril 1930, semblant démontrer que le fœtus peut être contaminé indépendamment de la mère du fait de son père.

En résumé, d'après Fournier, la syphilis conceptionnelle n'est qu'une syphilis sans chancre, coïncidant avec une conception.

II. — *L'hérédo-syphilis.*

Jamais on ne trouve chez le nourrisson hérédo-syphilitique de trace de chancre, alors même qu'il est porteur d'une syphilis secondaire des plus actives et des plus récentes. « La mère n'a en effet, durant sa grossesse, que des rapports circulatoires avec son enfant par l'intermédiaire des vaisseaux placentaires. La barrière entre les sangs maternel et fœtal, constituée par la mince couche syncytiale des villosités, est facilement franchie par les micro-organismes. Il s'agit donc du passage du tréponème par voie intraveineuse d'emblée. Comme dit Sézary, « on peut suivre à la trace les tréponè-» mes depuis l'organisme maternel jusqu'à celui du fœtus ». Le foie représente le premier système capillaire interposé entre l'organisme fœtal et la porte d'entrée. Cet organe fourmille de tréponèmes au-delà de ce que tous les autres organes sont capables de présenter, et on pourrait assimiler cette fourmilière de tréponèmes dans cet organe d'inoculation de la maladie à un véritable chancre cutané. » (Milian.)

III. — *La syphilis hématogène.*

Des deux hypothèses émises pour expliquer l'absence réelle de chancre au début de certaines syphilis, Morel, dans le *Paris médical* de décembre 1929, ne reconnaît comme bien fondée que celle considérant l'inoculation sanguine primitive du tréponème, la syphilis intraveineuse d'emblée autrement dit, ou encore hématogène, et qui se traduit tout de suite par

des accidents secondaires comme seule capable de donner une syphilis sans chancre; l'inoculation lymphatique, avec, comme corollaire, la syphilis à bubon d'emblée serait toujours accompagnée d'un chancre microscopique imperceptible, mais avec chancre néanmoins : le chancre histologique de Audry et L. Chatellier.

Les expériences faites sur l'animal et aussi avec beaucoup de hardiesse sur l'homme sain par Waller (1850), Lindwurm (1851), Bettinger (l'anonyme du Palatinat, 1855), Pellizari (1860), établirent la contagiosité du sang des syphilitiques. Plus récemment, celles de Hoffmann, sur le singe (1906), de Uhlenhuth et Muzler (1920), de Arzt et Kerl (1921), sur le lapin, permirent à ces auteurs d'insister sur l'extrême précocité d'apparition des tréponèmes dans le sang, avant même que la sérologie devienne positive. La constatation directe du tréponème dans le sang circulant d'après les procédés de Nathan-Larrier et Bergeron, Ravaut et Ponselle, Nœgerrath et Stœhelin, a confirmé les résultats des inoculations tant à l'homme qu'aux animaux. Cette recherche demeure cependant parfois négative : on peut l'expliquer par l'extrême fragilité du tréponème hors de l'organisme et parce qu'il se trouve surtout dans le sang de malades récents. Hors des périodes primaires et secondaires, il se peut qu'il ne passe dans le sang que par petites décharges septicémiques discrètes. D'après Yves Kermogant (*Progrès médical*, 17 avril 1926), il faudrait envisager l'existence de formes corpusculaires invisibles. Cette contagiosité du sang aux différentes périodes de la maladie nous est prouvée par un certain nombre d'observations. Milian (*Progrès médical*, 3 oct. 1908 : syphilis et accidents du travail) a été un des premiers à donner des exemples de la circulation du parasite dans le sang, sans la présence duquel il est impossible d'expliquer la syphilisation des plaies chirurgicales. Les principales observations de syphilis développées à l'occasion de transfusion de sang aux diverses périodes de la maladie nous ont été données :

— pour la période primo-secondaire, par Constantinescou

et Vatamanou (Société roumaine de dermatologie et syphiligraphie, 13 janv. 1928, *Bulletin*, p. 41);

— pour la période secondo-tertiaire, citons l'observation de Feldmann, dans la *Revue française de dermatologie et de vénéréologie* (1928, p. 341).

La syphilis tertiaire elle-même est susceptible, mais il est vrai beaucoup plus rarement, de donner la syphilis par transfusion sanguine. Les seules observations positives sont celles de Spillmann et Morel et celle de Dufour (Société médicale des hôpitaux, 26 avril 1929, p. 511).

Bizard a pu invoquer chez les femmes syphilitiques latentes, avec Wassermann positif ou négatif, la contagiosité du sang au moment des époques menstruelles.

Dans l'étiologie de ces syphilis vasculaires, on relève des cas de blessures accidentelles chez des médecins au cours d'intervention sur des sujets syphilitiques, soit plus fréquemment il s'agit de transfusion sanguine. Et pour les si nombreuses syphilis féminines occultes, ne pourrait-on pas invoquer l'hypothèse soulevée par Morel : « le tréponème charrié par le sperme pénètre directement par voie sanguine au niveau de la muqueuse utérine cruentée mensuellement à l'occasion des règles ou au moment du *post abortum* ou *post partum* », nous ne devons cependant envisager cette hypothèse qu'avec la plus prudente réserve.

Les caractères symptomatologiques de la syphilis hématogène sont les suivants : pas d'érosion primitive ni d'adénopathie satellite, ce qui ne peut que confirmer l'absence de chancre, mais pour la date d'apparition des accidents secondaires, nous trouvons des divergences. Si, pour Milian, la période d'incubation de la roséole par transfusion sanguine est la même que la période d'incubation de la roséole après le chancre, soit quarante-cinq jours, par contre, pour Morel et Spillmann, elle est considérablement raccourcie, et ils l'expliquent de la façon suivante : « On ne peut considérer le chancre comme un accident exclusivement local, comme le veulent les classiques. Vraisemblablement on est

syphilitique dès la contamination. Le chancre ne correspond pas au début réel de la maladie, mais bien à une réaction de l'organisme, mis en état d'allergie par le passage très précoce de quelques tréponèmes dans le sang, la peau sensibilisée par un premier passage du micro-organisme réagit à son tour par voie sanguine par le chancre. La première incubation correspond au laps de temps nécessaire entre la primo-infection et la surinfection : c'est la « période antéallergique », comme l'ont démontré R. Debré, Jacquet, Parof et Bonnet en matière de tuberculose. Supposons que les tréponèmes passent directement dans la circulation; ils sont susceptibles de s'y développer, mais ils vont se fixer de préférence dans la moelle osseuse, la rate, les testicules, les ganglions lymphatiques, qui sont leurs endroits de prédilection. Les accidents secondaires se manifestent ensuite après leur temps d'incubation habituel : la peau n'ayant été pour rien dans l'inoculation, le chancre, réaction allergique, n'a aucune raison d'être. De même la période antéallergique est supprimée. Ainsi s'explique le raccourcissement remarquable de la période d'incubation dans son ensemble. »

IV. — *Syphilis après excision de la porte d'entrée.*

La syphilis peut évoluer anormalement lorsqu'on supprime la porte d'entrée. Expérimentalement, si l'on excise le scrotum d'un lapin quelques heures après l'inoculation, il ne survient aucun syphilome local, mais l'animal est infecté, ainsi qu'en témoignent ses ganglions (Prigge et Rothermundth).

En clinique humaine, nous trouvons un certain nombre d'observations se rapportant à des individus, qui, tout de suite après un rapport sexuel suspect, observant sur leurs organes génitaux des excoriations qui auraient pu servir de porte d'entrée à l'infection, les ont détruites, soit par cautérisation, soit en excisant largement : il se produit alors une cicatrisation toujours rapide de la plaie opératoire, sans

développement de syphilome, mais toutes ces interventions n'ont pu empêcher l'apparition de l'éruption secondaire à l'échéance habituelle. Citons l'observation communiquée par Heuss (Einige Grundlagen aus der Syphilis-Therapie Correspondanz Blatt f. Schweiger Aerzte, 1901, *in* Nicolau, *Annales de dermatologie*, 1916 :

Un médecin, après un rapport avec une femme atteinte de syphilides papuleuses vulvaires, remarquant une légère écorchure au frein, a pratiqué, dix heures après le coït, une large excision, suivie d'application de sutures. La plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention sans qu'il se développât, à son niveau, ultérieurement, ni induration ni aucune autre lésion, quelque minime qu'elle fût. Aucune adénopathie régionale. Malgré cela, dix semaines après le rapport incriminé, il a eu une éruption de roséole typique et angine spécifique.

Les autres cas publiés par Havas, Cordier, Reiss, Emery, Bettmann, sont presque tous identiques. La cautérisation ou l'excision de la petite excoriation a été pratiquée après un intervalle variable de deux à trente-six heures après le coït. Dans tous, la cicatrisation de la plaie opératoire a été rapide, sans développement consécutif de syphilome, mais quelquefois avec apparition d'une adénopathie régionale. La roséole entrait en scène, suivant les cas, entre six semaines et trois mois et demi.

V. — *Syphilis après traitement préventif.*

Rappelons l'expérience de Kolle et Evers; ces auteurs inoculent au scrotum un lapin et lui injectent en même temps du bismuth dans l'oreille; il ne survient aucun chancre. Qu'on pratique l'ablation de l'oreille et aussitôt un accident primitif apparaît au lieu de l'inoculation. On conçoit toute l'importance de cette expérimentation en clinique humaine, surtout avec les travaux de Levaditi et de ses collaborateurs sur la métallo-prévention. Maggian et Lacapère, avec le 606,

n'entreprenaient en réalité qu'un traitement abortif et, après avoir soulevé bien des espoirs, cette méthode est aujourd'hui à peu près abandonnée par tous. L'efficacité des métaux lourds avait paru probante à Almaden lorsqu'il avait constaté la rareté de la syphilis chez les travailleurs des mines de mercure. Levaditi prouva expérimentalement que, aussi longtemps qu'un organisme réceptif possède un potentiel métallique tissulaire suffisant, il devient impossible de lui conférer l'infection syphilitique expérimentale. Sonnemberg, sur les prostituées de la ville de Lodz, et Lépinay, à Casablanca, appliquèrent en grand la méthode. Voici les résultats de ce dernier (Marcel Pinard) : « sur 160 prostituées traitées, 17 seulement contractent la syphilis; chaque fois, il y a eu violation des lois de la métalloprévention ».

On peut se rendre compte combien dangereuse est cette méthode : on sait en effet qu'une seule série d'arsenic ou de bismuth peut déterminer un silence clinique et sérologique dont une observation prolongée montre qu'il s'agit le plus souvent d'un entracte. De fait, on a souvent constaté que le traitement préventif est suivi d'une éclosion retardée des accidents initiaux qui peuvent être d'ailleurs supprimés sans empêcher l'évolution de la maladie. Les syphilis sans chancre, a dit Milian, sont parfois le résultat d'un traitement préventif. A la réunion dermatologique de Strasbourg, en juin 1936, MM. R. Rabut, J. Lacassagne et F. Lebœuf, J. Gaté, P. Cuilleret et M. Pinard, réprouvèrent la métalloprévention en montrant l'incertitude qu'elle entraînait sur l'évolution ultérieure de la maladie si celle-ci a été réellement contractée. Il faudrait tenir compte également des difficultés matérielles — l'état du foie et des reins des prostituées déjà bien éprouvées par l'alcoolisme — et morales — à Lyon, d'après les statistiques de MM. J. Lacassagne et F. Lebœuf, 23,4 p. 100 de femmes seraient indemnes de syphilis après deux ans — auxquelles cette méthode se heurte.

En résumé, pratiquement, le traitement préventif devant

être conduit d'une façon aussi intense et prolongée qu'un traitement curatif, il vaut mieux attendre l'apparition du chancre et le traiter dès le début.

VI. — *La syphilis sans chancre par porte d'entrée cutanée ou muqueuse.*

Il existe de nombreuses observations dans lesquelles il est incontestable qu'il y a eu entrée de la syphilis par la peau ou les muqueuses alors qu'il n'y a jamais eu de chancre visible au point d'inoculation; nous nous trouvons donc en présence de la catégorie de syphilis sans chancre qui fait l'objet de tant d'objections.

Ces observations seront divisées en deux groupes :

Dans le premier, nous placerons celles ayant trait à la syphilis à bubon d'emblée.

Dans le deuxième, se trouvent celles ou ni chancre ni adénopathie ne témoignent du début de l'infection.

PREMIER GROUPE

Syphilis cryptocarcinique à bubon d'emblée.

Les principales observations nous ont été données par Audry et L. Chatellier; résumons les cinq qui se trouvent dans les *Annales* de 1921.

Observation I.

Erosion insignifiante jamais chancriforme, accompagnée d'une polyadénite suppurée et dont la nature syphilitique n'a pu être révélée que par un B.-W. positif.

Observation II.

Balanite érosive typique accompagnée de polyadénite suppurée et d'un B.-W. positif.

Observations III-IV-V.

Il s'agit de trois cas de polyadénite suppurée exempte de toute manifestation appréciable d'une porte d'entrée quelconque et dont la nature n'a pu être reconnue que par un B.-W. positif.

Observation VI.

(Milian, *Paris médical*, avril 1930.)

Il s'agit d'un homme marié qui contracte un chancre syphilitique avec une tierce personne. Le dernier rapport avec sa femme date de cinq ou six jours avant l'apparition de l'accident primitif. Celle-ci est mise en observation, et chaque semaine examinée soigneusement, à aucun moment il ne fut donné de constater la moindre érosion chancreuse. Par contre, à la fin du mois suivant le coït conjugal, apparut une adénopathie inguinale, qui fut suivie un mois après par l'apparition de syphilides papulo-squameuses et quelques taches de roséole.

Observation VII.

(Muller, *in* S. Nicolau, *Annales*, 1916.)

Un jeune homme ayant eu des rapports avec une femme dont il a appris ensuite qu'elle était atteinte de syphilis, et craignant d'avoir été contaminé, court chez son médecin, et dès le quatrième jour, il se soumet à une observation presque quotidienne. Au bout de deux mois, il s'est développé chez lui une adénopathie inguinale indolente sans qu'il ait présenté aucune trace de lésion primaire aux organes génitaux ou ailleurs. Enfin, trois mois après le contact suspect, il eut une éruption secondaire typique avec adénopathies généralisées.

Observation VIII.

(L. Waelsh, in S. Nicolau, *Annales*, 1916.)

Il s'agit d'un médecin qui s'était blessé à l'indicateur droit pendant qu'il opérait un phimosis chez un syphilitique secondaire. La petite blessure, cautérisée au crayon de nitrate d'argent, guérit promptement, sans qu'il se développât dans la suite la moindre lésion locale. Quelques semaines plus tard, il est survenu pourtant une forte adénopathie épitrochléenne et axillaire et, deux mois après la blessure, une roséole typique.

Observations IX-X-XI-XII.

(Gougerot, *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, 11 nov. 1921.)

Ce sont quatre observations de chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée, elles sont semblables et peuvent se résumer ainsi :

« Le malade vient consulter pour adénite douloureuse, ou abcédée, ou fistuleuse : c'est une adénite chancrelleuse typique, où on retrouve le bacille de Ducrey dans le pus, mais, première surprise, il est impossible de déceler le chancre mou porte d'entrée, le malade affirme n'avoir rien vu malgré qu'il s'observe chaque jour et le médecin ne découvre aucune cicatrice. On conclut à une adénite chancrelleuse sans chancre mou; ces faits ne sont d'ailleurs pas exceptionnels, et nous avons insisté à diverses reprises sur leur importance (Bubons chancrelleux sans chancre, *Annales*, août 1915, n° 8, p. 445); puis, deuxième surprise, l'examen révèle une syphilis secondaire ignorée le plus souvent du malade. Il s'agit manifestement d'une explosion secondaire d'une syphilis récente, on s'étonne encore davantage de l'absence de chancre, on cherche à nouveau, on ne trouve rien, on fait faire la séroréaction pour être plus sûr, et elle est positive totale. Les dates concordent d'ailleurs bien, tout est classique, sauf l'absence de chancre mixte porte d'entrée. »

Voici quelle était l'explication donnée par Audry et S. Chatellier pour ces syphilis à bubon d'emblée : « Il existe une période microscopique du chancre, celui-ci se borne à un groupe de 40 à 50 cellules plasmatiques et lymphocytaires que rien ne révélera au porteur et qui suffirait pour constituer une colonie et un centre d'imprégnation spirochétique, ces syphilis sont caractérisées par l'intensité de leur réaction ganglionnaire. » Cette hypothèse du chancre histologique a pu être vérifiée chez l'animal, mais nullement chez l'homme, mais nous en voyons toute l'importance si on considère l'observation VI donnée par Milian, où la contagion s'est faite bien avant l'apparition du chancre, c'est-à-dire au moment du chancre histologique.

DEUXIEME GROUPE

Nous en trouvons de nombreuses observations dans la littérature médicale, mais nous n'avons voulu retenir que celles qui nous paraissent réellement authentiques et des plus démonstratives, notamment les observations XIV et XV, qui correspondent à de véritables expérimentations.

Observation XIII.

(Shulmann, *Pratique médicale française*, sept. 1929, p. 39.)

Il s'agit d'un jeune étudiant qui a eu deux rapports successifs avec une jeune femme reconnue le lendemain atteinte de roséole. Le jeune externe est examiné soigneusement par le Docteur Shulmann, et lui-même s'observe minutieusement chaque jour sans jamais déceler le moindre chancre ni le moindre ganglion; mais un beau jour, après cinq semaines d'attente, la réaction de Wassermann pratiquée donne H^5 et H^2, une autre pratiquée le surlendemain donne H^0. Ce jour-là le Docteur Shulmann aperçoit une roséole sur le tronc et met le malade en traîtement.

Observation XIV.

(Jullien, *Beitrage für Dermatologie u. Syphilis, Festschriftgewidmet*, H. T. Neumann, Leipzig, 1900, p. 368; *in* Nicolau, *Annales*, 1916.)

Deux médecins opérant une malade d'une gomme tuberculeuse présternale se piquent tous les deux au doigt pendant qu'ils faisaient les points de suture. Les piqûres guérirent en quelques jours, sans laisser aucune trace. Par malheur, à ce moment-là, leur malade se trouvait en état de seconde incubation syphilitique, si bien que, dix jours après l'opération, les médecins constatèrent chez lui, à leur grande surprise, l'apparition d'une roséole spécifique.

Se souvenant du petit accident subi en commun pendant l'opérations, ils commencèrent à s'observer avec le plus grand soin. Au niveau des plaies piquées il ne s'est pas développé la moindre lésion, ni dans la peau, ni dans les tissus profonds. Pas d'adénopathies régionales non plus. Malgré cela, les deux médecins ont présenté une éruption roséolique et des syphilides muqueuses, l'un au bout de trente jours, l'autre au bout de trente-trois jours après la piqûre.

(Cette courte période d'incubation paraît extraordinaire, mais nous citons le texte.)

Observation XV.

(Bettmann, *Zur Frage der Syphilis d'emblée, Archiv. fur dermatologie in Syphilis;* in Nicolau, *Annales*, 1916.)

Pendant qu'il pratiquait une injection intramusculaire à un malade qui se trouvait en pleine période secondaire, l'aiguille s'est cassée dans les tissus, de telle sorte que, pour l'extraire, il fut nécessaire de faire une incision. En pratiquant les sutures, le médecin s'est piqué profondément dans la pulpe de l'index droit. Il a continué malgré cela l'opération, et ce n'est qu'à la fin qu'il s'est lavé avec une solution antiseptique. Au bout de quelques

jours, la piqûre n'était déjà plus visible. Aucune lésion ne s'est développée à l'endroit piqué, ni dans la peau, ni dans le tissu sous-cutané. Absence de toute adénopathie satellite.

Malgré cela, le dix-neuvième jour après la piqûre, une roséole et des syphilides érosives sont apparues. Bettmann, qui a examiné le malade très soigneusement, n'a trouvé en aucun endroit du corps aucune lésion qui aurait pu être considérée comme syphilome primaire. On ne pouvait donc incriminer que la piqûre comme porte d'entrée à l'infection.

Comme particularité curieuse, Bettmann note dans son cas le fait que, sur le membre supérieur droit, correspondant au doigt piqué, l'éruption est apparue plus tôt, a été plus confluente que sur le reste du corps et a mis plus de temps à se résorber.

Observation XVI (résumée).

(W. Dubreuilh, *in* Cozanet, thèse Bordeaux, 1903.)

Femme D..., 28 ans, mariée depuis cinq ans, a eu déjà un enfant qui est en bonne santé. Le 30 juin 1902, elle accouche d'un garçon bien portant et elle prend, en plus de son enfant qu'elle nourrit, au sein, un nourrisson, mais celui-ci présente des stigmates indéniables de syphilis secondaire.

Le 20 octobre, elle rend cet enfant à sa famille, et, le 30 octobre, elle présente un primitif du sein droit. Elle est mise en traitement et on surveille minutieusement son enfant au point de vue des portes d'entrée possible du virus syphilitique. Il ne présente jamais rien d'apparent aux lèvres, aux fosses nasales, à la langue, ni aux amygdales, et cependant, le 20 février, sans aucun accident primaire par conséquent, on constate une roséole et des syphilides papulo-squameuses qui apparaissent sur lui.

Des faits précédents, il semble résulter qu'un enfant atteint de syphilis héréditaire probablement, et ayant présenté à un moment donné des accidents nettement secondaires, sans passer par la phase primaire, aurait infecté sa nourrice, qui a présenté un chancre au point d'inoculation avec ensemble

symptomatique complet. Celle-ci aurait à son tour inoculé le virus à son propre enfant, lequel, sans qu'il ait été possible de noter chez lui, à aucun moment, une porte d'entrée apparente, présente d'emblée des accidents de syphilis secondaire.

Observation XVII.

(Due à l'obligeance du Docteur Léonard.)

Mlle G..., prostituée, vient consulter fin 1932 pour une métrite cervicale légère déjà ancienne. Elle demande en outre une réaction de Wassermann; ses réactions antérieures ont toujours été négatives, et elle n'a jamais rien présenté de suspect au point de vue syphilis. Sa réaction est encore cette fois négative. Cette malade est suivie pendant six semaines. Elle vient hebdomadairement se faire écouvillonner le col, traitement qui s'accompagne chaque fois d'un examen des plus minutieux. A aucun moment, elle ne présente la moindre érosion ou ulcération suspecte, pas plus au col qu'ailleurs, absolument rien d'anormal durant les six semaines pendant lesquelles elle fut traitée et surveillée. Par ailleurs, elle passait une fois par semaine une visite sanitaire au Dispensaire de Salubrité, où le contrôle est particulièrement sévère. Huit jours après sa sixième et dernière cautérisation, elle vient montrer une éruption qui l'inquiète, survenue la veille. Il s'agit d'une roséole profuse, occupant tout le tronc et les bras; le B.-W. est positif. Aucune trace d'accident primitif. Pas de ganglions inguinaux ou épitrochléens perceptibles.

Observation XVIII.

(Due à l'obligeance du Docteur Léonard.)

Mlle D..., prostituée, se fait examiner régulièrement deux fois par semaine, une fois au Dispensaire de Salubrité, une fois au cabinet du Docteur Léonard, qui la traite depuis sept semaines pour une métrite chronique ayant motivé son hospitalisation.

A chaque visite, il est pratiqué un examen très minutieux de

l'urètre, du col et du vagin. A aucun moment, il n'est possible de noter la moindre érosion suspecte génitale ou extragénitale. Les B.-W. faits tous les deux mois ont été jusqu'ici toujours négatifs. Le dernier date de fin novembre 1930. Le 24 décembre 1930, elle se présente en pleine éruption secondaire, roséole, plaques muqueuses; aucune trace d'accident primitif. Pas de ganglions inguinaux. Depuis près de deux mois, elle était cependant observée avec une attention extrême.

CHAPITRE V

PATHOGENIE DE LA SYPHILIS SANS CHANCRE

De ce que nous avons écrit jusqu'à présent, il se dégage que la syphilis sans chancre s'observe principalement dans les deux cas suivants :

1° par inoculation vasculaire : dans l'hérédo-syphilis; au cours d'une transfusion sanguine;
2° par inoculation transcutanée sans chancre.

Les facteurs pathogéniques réglant son apparition dans ce cas ont été, au point de vue expérimental, particulièrement étudiées par Gastinel et Pulvenis, Bessemans.

Mises à part quelques interventions spéciales dont nous avons déjà parlé : castration peu d'heures après l'inoculation intratesticulaire de matériel virulent (Prigge et Rothermundth), injection de bismuth préalable à l'infection sous-scrotale (Kolle et Evers), nous avons à envisager le rôle de deux notions fondamentales : celle du germe et celle du terrain.

Pour le germe, nous avons à considérer la quantité, la qualité, le mode et la voie de pénétration. Pour le terrain : la race, l'individualisme, l'état de santé, la température, l'intervention d'une superinfection ou d'une réinoculation.

I. — *Le germe.*

Il est indéniable qu'un des facteurs les plus importants de la syphilis sans chancre est celui de la faible quantité de virus introduit :

« Pour une émulsion donnée existe une dose au-dessous de laquelle il est encore possible d'obtenir l'infection inapparente tandis que la survenue d'accidents est désormais l'exception. » (Gastinel et Pulvenis.) A cette notion de dose-seuil, Bessemans apporte la correction suivante : « Il nous semble, d'après nos résultats, que réellement, lorsque la quantité de virus inoculé s'approche du seuil où elle est inopérante, les chances de production de syphilis asymptomatique augmentent. Toutefois nous croyons devoir ajouter que, vraisemblablement, à cause de l'intervention simultanée d'autres facteurs, des syphilis à lésions apparentes peuvent éclater souvent avec des doses inférieures à celles qui déterminent l'infection occulte et que, inversement, pour des fortes doses qui donnent couramment des manifestations cliniques, l'apparition de syphilis asymptomatique n'est nullement exclue. »

La qualité de la souche intervient également : il faut que, par des passages répétés, elle soit adaptée progressivement à l'organisme de l'animal en expérience. Les expérimentateurs n'ont eu que des échecs lorsqu'ils ont employé une souche tréponémique issue d'une lésion humaine. Ces échecs sont surtout nombreux vers le deuxième ou troisième passage. Il faut franchir ce seuil pour adapter la souche à injecter, et à partir de ce moment elle acquiert une virulence particulièrement fixe pour cet animal. Mais, au moment de ce deuxième ou troisième passage, alors même qu'on ne peut avoir de lésion chancreuse typique, elle n'en est pas moins capable de déterminer parfois chez lui une syphilis inapparente : « Il est donc possible de décrire avant la phase d'adaptation une période pendant laquelle les souches isolées en partant de l'homme sont susceptibles de déterminer chez le lapin, pendant quelques temps au moins, une infection asymptomatique seulement traduite par des réactions humorales ou la virulence des ganglions et parfois même l'acquisition d'un état réfractaire » (Bessemans). Ces résultats ont été confirmés par Perkel, Israëlson et Oretchkin, qui

signalent que les souches jeunes fournissent un pourcentage élevé de syphilis asymptomatiques. Ces auteurs russes auraient également observé que, du fait de son passage par l'organisme de certains lapins, une souche syphilitique peut subir un abaissement de sa virulence, ce caractère s'exagérant progressivement lors des inoculations pratiquées en série.

Les voies les plus diverses permettent d'obtenir chez l'animal des syphilis asymptomatiques. Gastinel et Pulvenis distinguent dans le sens que leur donne Levaditi deux sortes de tissus : les tréponémophiles et les tréponémophobes. Ces derniers (système nerveux, capsule surrénale, revêtement cutano-muqueux, sang, rein) ne déclenchent ou ne peuvent déclencher, quand ils sont inoculés, que des syphilis inapparentes : « Peut-être y a-t-il lieu de se demander si l'introduction directe des germes dans ces organes ne détermine pas une série de processus défensifs aboutissant à une destruction presque complète du virus, et, dès lors, la dose infectante passe au-dessous du seuil encore nécessaire à la constitution *in situ* d'une lésion, sans doute les irritations du système organo-végétatif peuvent dans certaines éventualités être à l'origine des actes de défense qui vont modifier l'aspect de l'infection syphilitique. » (Gastinel.)

II. — *Le terrain.*

Expérimentalement, il faut considérer l'espèce animale : l'infection asymptomatique est plutôt rare chez le lapin, elle est fréquente chez le cobaye, presque constante chez la souris blanche, seule connue enfin à l'heure actuelle chez certains autres rongeurs comme le rat, le hamster et le loir. Gastinel et Pulvenis ont montré que, chez les races de lapins ordinaires, l'adulte et la femelle paraissent plus prédisposés à la syphilis asymptomatique que les nouveau-nés et les mâles; un autre argument en faveur des facteurs individuels est dans le fait reconnu par plusieurs expérimentateurs

(Prigge et Rothermundth, Bessemans et de Potter, Gastinel, Wagner) que certains lapins demeurent cliniquement négatifs aussi bien après une deuxième qu'après une première inoculation. Toutefois, une question d'immunité peut intervenir ici, car ces mêmes auteurs ont signalé des syphilomes après une infection locale seconde chez des lapins n'ayant réagi d'abord par aucun symptôme clinique.

Greenbaum, Gastinel et Pulvenis relatent que la syphilis asymptomatique semble être plus fréquente chez des lapins en état de misère physiologique comme si leur organisme était souvent incapable de provoquer la réaction locale de défense que constitue vraisemblablement la réponse syphilomateuse.

Yamamoto, Matsumoto, Domon et Shimoda, Hashiguchi, Tani, Gastinel et Pulvenis ont montré l'influence de la température. Le virus spécifique des ganglions lymphatiques du lapin syphilisé devient avirulent au bout d'une heure de chauffage à 46 degrés. Les bonnes saisons, et notamment la chaleur de l'air ambiant, retardent l'apparition des syphilomes testiculaires en même temps qu'elles minimisent l'importance tout en augmentant, suivant ces auteurs, le pourcentage de syphilis asymptomatiques. Celles-ci, disent Tani et ses collaborateurs (T. Tani, M. Kakishita et K. Saito, Beiträge zur experimentellen Kaninchen syphilis, II, *Mitteilung. Zentralbl. f. Bakteriol.*, usw., I, Abt., Orig. 1930, Bd CXVI, S. 471), ne se constatent jamais l'hiver, alors qu'elles surviennent pendant l'été environ dix fois pour cent. Bessemans relate dans le *Bulletin de dermatologie* de juin 1936 ses expériences sur l'ectopisation intra-abdominale prolongée de testicules de lapins, soit fraîchement inoculés, soit déjà porteurs de petits syphilomes nodulaires, il constata par deux fois l'apparition d'une syphilis occulte dûment contrôlée.

Il nous faut encore considérer comment se comportent la superinfection et la réinoculation dans la syphilis inapparente expérimentale. Adachi, Kigasawa, Matsumoto, Gastinel et Pulvenis constatèrent que, dans la superinfection, le

chancre de nouvelle inoculation présentait une incubation raccourcie (10-15 jours parfois), il y avait une évolution rapide des lésions accélérées dans leurs phases successives, et le syphilome prenait une allure ulcéreuse nécrotique, ce phénomène est surtout net quand on emploie une souche hétérologue. « D'autre part, le concept d'une immunité totale acquise par l'animal réfractaire vis-à-vis d'une nouvelle insertion ne peut être maintenu dans son sens strict depuis la connaissance de la « superinfection asymptomatique ». (Kolle et Schlossberger.) En effet, chez un animal présentant l'immunité chancre, la réinoculation peut être suivie d'une invasion muette de son organisme par les tréponèmes (Kolle), ainsi qu'en témoignent les passages d'organes et notamment des ganglions. On voit combien la syphilis asymptomatique a modifié la valeur des tests auxquels on s'était habitué pour juger de l'état de réceptivité ou non de l'animal déjà infecté » (Gastinel et Pulvenis). Ces mêmes auteurs ajoutent encore à propos de la réinoculation : « Un nouvel apport de virus permet difficilement de juger de l'immunité des animaux en état de syphilis inapparente à la suite d'une primo-inoculation. Mais on peut modifier leur réceptivité par un traitement arsenical. En effet, une nouvelle insertion virulente après ce traitement a produit dans quelques cas un chancre des mieux caractérisés. Il s'agissait, dans nos expériences, de réinoculations faites dans des délais assez éloignés de la date de la primo-infection (de 100 à 250 jours). Soulignons également que plusieurs inoculations répétées avant la thérapeutique arsenicale n'avaient pu déterminer chez ces animaux aucune lésion. Ces faits négatifs sont d'autant plus à retenir qu'il n'est pas exceptionnel de voir un animal en état de syphilis muette présenter un chancre de réinoculation dans les délais ou un animal témoin, ayant offert des manifestations lors de l'inoculation première, devient immun pour une souche homologue (Uhlenhuth et Grossmann, Prigge et Rothermundth). » A la réunion de Strasbourg, Gastinel, de nouveau, disait : « Il ressort de

nos recherches qu'un lapin en état de syphilis asymptomatique ne se trouve que bien exceptionnellement sensibilisé vis-à-vis d'une insertion seconde. A vrai dire, l'on ne saurait en être surpris quand on connaît toute l'importance de l'intensité et de la durée de l'accident primaire dans le déterminisme des phénomènes tissulaires aboutissant à l'immunité chancre. Ainsi apparaît-il que l'aptitude allergique des téguments est d'autant mieux assurée que ceux-ci ont davantage participé au processus lésionnel premier. Nous croyons devoir faire figurer comme modalités de réinoculations chez un lapin syphilitique les cas où les phénomènes se traduisent uniquement par des symptômes humoraux. Le syphilome initial a disparu, aucune manifestion *in situ* ne répond à un second apport de virus, mais le test humoral réapparaît, témoignage de la superinfection asymptomatique. »

En résumé, de cette étude pathogénique de la syphilis inapparente du lapin, il découle, comme le dit Bessemans, « que la syphilis asymptomatique expérimentale est la résultante entre autres de plusieurs facteurs qui commandent la virulence de l'affection. Chez le lapin, en particulier, son éclosion semble favorisée par tout ce qui affaiblit le germe dans son agressivité. En ce qui concerne le terrain, il est moins aisé de condenser en une brève formule tout ce qui peut intervenir et les cliniciens ne seront pas les derniers à faire des découvertes dans ce domaine ».

Qu'observons-nous en clinique humaine, et pouvons-nous expliquer la syphilis sans chancre en nous basant sur ce que nous venons d'exposer ? il nous est certes possible d'établir un parallélisme étroit, mais soulignons encore une fois de plus, au préalable, combien il faut être prudent dans toute comparaison entre la syphilis humaine et la syphilis des animaux de laboratoire.

Considérons ce qu'on a appelé « la syphilis latente de la femme », il est hors de doute que l'infection tréponémique revêt parfois chez elle une forme tout à fait anormale : pas

de chancre d'inoculation malgré que celui-ci ait été cherché avec soin, ni adénopathies, ni accidents secondaires. Pendant des années, l'infection reste absolument muette : ce n'est que par des réactions sérologiques qu'on peut la dépister, celles-ci étant demandées souvent par un accoucheur qui pense y trouver l'explication d'accidents obstétricaux : fausses couches répétées, enfants morts ou macérés, polymortalité infantile. Si on considère en plus que cette forme de syphilis ne n'observe que dans les ménages de vieux syphilitiques, on peut conclure que, pratiquement (Bertin) : « une syphilis récente transmet une syphilis banale se traduisant par la succession d'accidents habituels, et, au contraire, qu'une syphilis vieille, atténuée par le temps, transmet une syphilis asymptomatique ».

Comment se réalise la contagion : deux notions nous l'expliquent : une, expérimentale : le tréponème est susceptible de pénétrer par voie de contact, même à travers la muqueuse normale (Brown et Pearce, Uhlenhuth et Grossmann, Mulzer); l'autre repose sur la constatation du tréponème dans le sperme du syphilitique. Bertin a montré la fréquence de la syphilis occulte du testicule, prouvée par des troubles de la spermatogénèse allant jusqu'à l'azoospermie complète et par des lésions des tubes summifères. Cette orchite syphilitique latente ne peut être une source de contagion aussi active que les accidents primaires ou secondaires externes dans lesquels fourmillent les tréponèmes. Elle peut rendre, cependant, le sperme contagieux, comme l'a montré l'expérimentation. A l'appui de ces constatations, citons une observation de M. Pinard, qui, dès 1910, avait montré la présence du tréponème dans le sperme (in *Bulletin*, juin 1936) : « Un chancre syphilitique apparaît chez un homme le jour de son mariage, il ne consomme pas celui-ci, se soigne. Après une série de 606, il est négatif. Au cours de la deuxième série, il réalise le mariage et une gestation survient. Sa femme, observée de très près, ne présente aucun chancre, aucun signe de syphilis. Elle est mise au traitement, et, vers

la fin de sa gestation, comme vers la fin des quatre suivantes, elle présente des fluctuations sérologiques positives. » Jean Gaté partage l'opinion de la contagiosité par le sperme, et il admet que « les tréponèmes peuvent revêtir une autre forme que la spiralée : la forme infravisible serait une forme anaérobie du tréponème, tandis que la forme aérobie serait spirillaire ». Levaditi pense que le virus à l'origine est invisible et n'aboutit qu'à la phase terminale à la forme tréponémique et végétative. D'après Gaté, ce serait la forme infravisible du virus syphilitique qui assurerait la continuité de l'infection syphilitique inapparente.

Nous retrouvons donc dans la pathogénie de la syphilis sans chancre humaine le facteur germe et le facteur terrain.

Nous dirons, avec Milian, que la syphilis sans chancre s'observe dans deux grandes conditions :

1° par insuffisance du germe envahisseur;
2° par réaction de défense du sujet envahi.

L'insuffisance du germe en tant que nombre est évidente : dans le sperme et le dépôt sur une muqueuse vaginale non lésée; dans le cas des chancres histologiques, c'est-à-dire d'un chancre non visible où le nombre des tréponèmes mobilisé à la surface de la peau est forcément restreint. Il est donc possible d'envisager qu'il puisse exister chez l'homme un seuil d'infection au-dessous duquel l'individu qui n'a pas fait de chancre peut être néammoins infecté de façon muette. En tant que virulence, celle-ci est diminuée quand le sujet a été traité : les tréponèmes sont moins nombreux et atténués par le traitement.

Mais il nous faut surtout envisager la défense du sujet, celle-ci joue un rôle primordial en clinique humaine. Le sujet se défend :

1° Quand il a reçu une médication antisyphilitique dans un but abortif. Comme exemple, donnons l'observation d'Audry (Société française de dermatologie, séance du 11 mars 1929, *Bulletin*, p. 216) : il s'agit d'un sujet qui, traité pré-

ventivement par le stovarsol, ne présente ni chancre, ni roséole, mais quatre, cinq mois après le coït contaminant, un Wassermann + + + +. Ici le stovarsol a empêché l'apparition du chancre, mais il n'a fait que reculer l'échéance de généralisation de l'infection.

2° Quand il y a eu une infection syphilitique antérieure qui permet cependant la superinfection du sujet : ceci rentre dans les cas d'immunité, diminuant les réactions locales cutanées au point d'infection. Citons l'observation de Milian (*Progrès médical*, 28 mai 1910, p. 304) : il s'agit d'un médecin syphilitique depuis plusieurs années, qui s'étant exposé dans un rapport sexuel avec une femme dûment atteinte d'accidents secondaires, n'observa sur lui-même aucun chancre dans les jours qui suivirent, mais, deux mois après ce coït, constata sur son tégument quelques éruptions de syphilides papuleuses multiples alors que, depuis des années, sa syphilis était absolument muette.

*
* *

De l'étude pathogénique de la syphilis sans chancre humaine, on peut tirer certaines considérations pratiques. En tout premier lieu, il faut se montrer excessivement sévère dans le choix d'un donneur pour une transfusion sanguine, son examen sérologique devra être répété assez souvent. Pour la prophylaxie antivénérienne, si on s'en rapporte aux observations du Docteur Léonard, il faudra faire un examen minutieux fréquent des prostituées et espacer le moins possible les dates des prises de sang. En présence d'un malade porteur d'un polyadénopathie froide, il faudra en pratiquer la ponction.

En effet, Hoffmann et Shaudinn, en 1905, avaient déjà montré la présence du tréponème dans le suc ganglionnaire.

Cette recherche permet de poser un diagnostic précoce de syphilis et de reconnaître la nature syphilitique quand

l'examen de la lésion devient impossible ou difficile. Il faut signaler (Audry) que les résultats deviennent moins favorables au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début de l'infection. Pour le traitement préventif, son application serait limitée à des cas tellement rares — constatation d'un partenaire certainement contagieux et l'intéressé se présentant dans un délai minimum — que, pratiquement, on peut dire que, même si cette application était efficace, elle ne fournirait qu'un facteur négligeable dans la lutte antivénérienne (Rabut).

CONCLUSIONS

I. — L'opinion classique basée sur l'axiome de Ricord ; « il n'y a pas de syphilis sans chancre, toute syphilis débute par un chancre », demande à être revisée de nos jours à la suite des acquisitions expérimentales récentes sur la syphilis inapparente.

II. — Au point de vue clinique, de nombreuses observations démontrent l'existence de la syphilis sans chancre. Les statistiques de Sainz de Aja et Léonard sont particulièrement importantes, ces auteurs estimant sa proportion à 10 et 16 p. 100. Il est vrai qu'ils n'ont envisagé que les prostituées, catégorie de femmes particulièrement exposées à la contamination syphilitique et soumises à des contrôles cliniques et sérologiques sévères et répétés.

III. — On doit être très prudent avant d'affirmer l'absence de chancre au cours d'une syphilis récente, l'accident primitif ayant pu être éphémère, passer inaperçu ou être dissimulé dans un repli de muqueuse.

IV. — Les recherches expérimentales confirment les données cliniques et montrent la possibilité chez l'animal de créer une infection syphilitique sans chancre au point d'inoculation (fréquence des syphilis inapparentes).

V. — La syphilis sans chancre peut être produite par :

a) inoculation vasculaire;

b) inoculation transcutanée sans chancre subordonnée à deux conditions :

1° l'insuffisance du germe envahisseur en quantité (dose seuil) et en qualité;

2° la réaction de défense du sujet envahi (réinoculation, traitement préventif).

VI. — La syphilis sans chancre s'observe :

— dans la syphilis conceptionnelle;

— dans l'hérédo-syphilis;

— dans l'inoculation veineuse périphérique;
— après excision de la porte d'entrée;
— après un traitement préventif;
— dans l'entrée cutanée ou muqueuse sans effraction.

VII. — Elle est particulièrement dangereuse, car elle risque de passer inaperçue, d'être méconnue ou de faire l'objet d'erreurs de diagnostic.

VIII. — Au point de vue prophylaxie antivénérienne, elle confirme la nécessité de visites fréquentes et minutieuses, d'examens de sang renouvelés tous les deux mois, en ce qu'il s'agit du contrôle sanitaire des prostituées et, en cas de doute de rechercher le tréponème par ponctions dans les ganglions. Quant à la métallo-prévention, elle semble constituer une méthode qui n'a pas encore fait ses preuves car elle peut être dangereuse par la fausse sécurité qu'elle procure et parce qu'elle est susceptible de provoquer une syphilis sans chancre (Milian, Gougerot).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
G. PETGES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 décembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Adachi. — An experimental inoculation of syphilis in rabbits-II, Reinoculation experiment in syphilitic rabbits « superinfection ». *Ac. Dermat.*, 1925, t. V, p. 11.

Almkvist (J.). — Syphilis à chancre caché. *Dermatologist Wochenschrift*, févr. 1913, n° 7, p. 190.

Arnaud (René). — Le chancre syphilitique du vagin. Thèse Bordeaux, 1932.

Aubertin et Fleury. — Syphilis après transfusion sanguine. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 27 janv. 1930, 3e série, 46e année, n° 2, p. 69.

Audry (Ch.). — Syphilis endogènes et cryptogénétiques. Leur fréquence. *Bruxelles médical*, 2 nov. 1922.

Audry et L. Chatellier. — Syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire. *Ann. dermat. et syphil.*, 1921, t. II, p. 305 à 311.

Bernadet. — Thèse Toulouse, 1921.

Bertin. — La syphilis conjugale inapparente. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, juin 1936, p. 1134.

Bessemans (A.). — La pathogénie de la syphilis inapparente chez le lapin. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, n° 6, juin 1936, p. 1111.

— Sur la variabilité fonctionnelle du *Treponema pallidum*. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, n° 6, juin 1936, p. 1084.

Bettmann. — Zur Frage der syphilis d'emblée. *Arch. für dermatol. und syphilis*, 1910, t. 100, p. 145.

Bizard. — Le résultat de la réaction de Wassermann chez les femmes des maisons de prostitution. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1928, p. 574.

Blazy (Ph.). — Le chancre induré du col utérin. Thèse Bordeaux, 1930.

Brown and Pearce. — Experimental syphilis in the rabbit. V. syphilitic affections of the mucous membranes and mucocutaneous borders. *Journ. Exp. med. Baltimore*, 1920, t. XXXII, p. 497-512.

— The penetration of normal mucous membranes of the rabbit by treponema pallidum. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Medic. N. Y.*, 1920-1921, t. XVIII, p. 200.

Carle. — Les lois nouvelles de l'hérédo-syphilis. *Presse médicale*, 1920, p. 244.

Chatellier (L.). — Sur la syphilis à début ganglionnaire, à bubon d'emblée et la recherche du spirochète dans le suc ganglionnaire. *Ann. de dermat.*, VI^e^ série, t. III, n° 4, avril 1922.

Cordier. — Notes sur quelques cas de syphilis sans chancre initial. *Soc. franç. Dermat.*, 4 août 1894.

Cozanet. — De la syphilis d'emblée. Thèse Bordeaux, 1903.

Delinotte (H.). — De la fréquence des chancres syphilitiques extra-génitaux. Thèse Bordeaux, 1920.

Dora Fuschs. — Recherche des spirochètes dans le canal cervical, *Deutsch. Med. Woch.*, oct. 1920, p. 1165.

Dufour. — Société médicale des hôpitaux. 26 avril 1929, p. 511.

Feldmann. — Syphilis d'emblée. *Rev. franç. dermat. et venereol.*, juin 1928.

Gastinel (P.). — Quelques recherches sur la syphilis expérimentale inapparente du lapin. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, n° 5, mai 1932, p. 596.

Gastinel (P.) et Pulvenis (R.). — La syphilis expérimentale : étude critique et nouvelles recherches. Masson et C^ie^, éd., Paris, 1934.

— Sur le problème biologique de la syphilis inapparente expérimentale. *Ann. dermat. et syphil.*, avril 1932, n° 4, t. III, 7^e^ série, p. 305-331.

Gaté (Jean). — Notions nouvelles sur la syphilis. *Journ. méd. de Lyon*, 20 mai 1934.

Gaucher. — Syphilis sans chancre chez la femme. *Bull. Acad. méd.*, 1916, p. 288.

Gougerot. — La syphilis acquise sans chancre. *Bull. et mém. Soc. médic. des Hôpit.*, 11 nov. 1921, n° 33, p. 1522.

Greembaum *in* Bessemans. — *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, juin 1936.

Heuss. — Einige Grundlagen aus der Syphilis-Therapie. *Correspondanz Blatt. G. Schweiger Aerzte*, 1901.

Joulia. — Dépistage de la syphilis primaire chez la femme. Les chancres syphilitiques du col et du vagin, leur fréquence. Les syphilis méconnues consécutives à des accidents primitifs inapparents, facteurs de contamination chez les prostituées. *La prophylaxie antivénérienne*, oct. 1935, p. 600.

— De la fréquence des chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostituées. *Paris médical*, 7 mars 1936, p. 213.

Jullien. — Beitrage für Dermatologie syphilis, Fetschrift gewidmet. H. T. Neumann, Leipzig, 1910, p. 368.

Kermogant (J.). — Les formes invisibles des spirochètes. *Progrès médical*, 17 avril 1926.

Kigasawa. — Die Bedentung des Primäraffektes für die Entwicklung der Immunität bei experimenteller Syphilis. *Ztschr. f. Immunitätsforschung*, 1929, Bd. LX, p. 69.

Kolle et Evers. — Experimentelle Untersuchungen über syphilis und Rekurrenspirochaetose. III Experimentelles über syphilis Infektion ohne symptome. *Deutsch Med. Woch.*, 1926, t. LII, p. 559-577.

Kolle et Schlossberger. — Ueber symptomlose Infektion von Maüsen und Ratten, sowie symptomlose super infektionen syphilitischer Kaninchen mit spirocheta pallida. *Deutsch. Med. Woch.*, 1926, t. LIII, p. 1245-1247.

Léonard (P.). — La syphilis sans chancre. Considérations cliniques et expérimentales. *Journ. de méd. de Bordeaux et du S.-O.*, juin 1935.

Levaditi. — Prophylaxie de la syphilis. Maloine, 1936.

Levaditi et Shœn. — Présence du *Treponema pallidum* chez les souris atteintes de syphilis expérimentale inapparente. *C. R. Soc. biol.*, 1932, t. CIX, p. 811.

Levaditi, Vaisman, Shœn et Metzger. — Nouvelles recherches expérimentales sur la syphilis. *Ann. Inst. Pasteur*, févr. 1933, p. 222.

Linera (de). — Plaques muqueuses non précédées de chancre. *Montpellier médical*, 1874, XXXII, p. 275.

Marshall. — Un cas de syphilis sans chancre primitif. *Lancet*, 20 mai 1899, p. 1361.

Matsumoto. — Experimental syphilis and Framboesia. Kyoto, 1930, *in* Gastinel et Pulvenis.

Milian. — La syphilis sans chancre. *Paris médical*, 26 avril 1930.

— Ictère chez une femme n'ayant jamais eu de symptômes syphilitiques, mais ayant eu des rapports sexuels constants avec un homme atteint d'accidents syphilitiques secondaires. *Rev. franç. de dermat. et de vénéréol.*, avril 1929, p. 203.

Morel (F.). — La syphilis intraveineuse d'emblée. Thèse. Nancy, 1926.

— Syphilis sans chancre. *Paris médical*, 28 déc. 1929, p. 566.

Muller (Julius). — Kryptogene syphilis. *Dermat. zeistchrift*, 1898, p. 213.

Nicolau. — Sur un cas d'infection cryptogénétique. *Annales*, juill. 1916, t. VI, n° 4, p. 186.

Nicolle et Lebailly. — Les infections expérimentales inapparentes. Exemples tirés de l'étude du typhus exanthématique. *C. R. Acad. des Sc.*, 1919, t. CLXVIII, p. 802.

Perkel (J.-D.). — Sur l'action réciproque du macro-organisme et du micro-organisme dans l'apparition de la syphilis asymptomatique. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, juin 1936, p. 1126.

Prigge et Rothermundth. — Ueber symptomlose syphilis infection. *Dermat. zeischrift.*, 1927, t. IV, p. 169-184.

Perkel, Israëlson, Oretchkin. — Contribution à l'étude de la syphilis asymptomatique ou muette. *Sovietsky Vestnik Dermat.*, mars 1931, t. IX, n° 3; *in* Gastinel et Pulvenis.

Pinard (M.) et Hoch. — Présence du tréponème dans le sperme. Soc. méd. des Hôp., 28 mai 1920.

Renault (P.). — *Bull. et mém. Soc. méd. de Paris*, 7 mars 1930, n° 5, p. 138.

Ricord. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838.

Rivolean (A.). — Contribution à l'étude primaire et secondaire du col utérin. Thèse Bordeaux, 1922.

Sainz de Aja. — La syphilis sans chancre. *Ecos espanoles de dermat. et syphil.*, avril 1928, n° 31, p. 483, *in* Léonard.

Schulmann. — *Pratique médicale française*, sept. 1929, p. 397.

Spillmann et Morel. — *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, juin 1926.

Tani, M. Katishita et K. Saito. — Beiträge zur experimentellen Kaninchen syphilis. II, *Mitteilung Zentralbl. f. Bakteriol.*, usw, I, Abt. Orig. 1930, Bd CXVI, S. 471.

Uhlenhuth et Mulzer. — Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilis. *Berlin Klin. Woch.*, 1917, p. 645.

Uhlenhuth. — La syphilis généralisée manifeste du lapin. *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, juin 1936, p. 1094.

Verchère. — Syphilis d'emblée. Congrès de médecine de Rome, 1894, 11e session, t. V-XI.

Welsch (Ludwig). — Syphilis d'emblée et syphilis professionnelle chez les médecins. *Annales*, 1910, p. 98.

Yamamoto. — *In* Bessemans, *Bull. Soc. franç. dermat. et syphil.*, juin 1936.

Zurhelle (E.) et Strempel (R.). — Studien über die Lebensfähigkeit und Virulenzerhaltung der Spir. Pall. in totem Gewebe. Experimenteller Beiträg. zur Fräge Leicheninfektion. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1927, Bd CLIII, H. 1, S. 219.

19.915. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.